

Forhold ved norske akuttmottak, fra et helseadministrativt synspunkt.

Et litteraturstudium



Stud. med. Norbo Tenzin

Universitetet i Oslo

2010

Abstract

Objective

This paper looks at how the emergency departments (EDs) in Norway are organized, their function and what challenges lies ahead in their future. It will also be discussed how other countries organize their emergency department, and how the doctors work within the department.

Background

The Norwegian board of Health Supervision criticized in 2007 almost all of the 27 emergency departments they had controlled. Many lacked efficient management and consistent treatment. They recognized that managing an ED contains many challenges and are somewhat different from other departments in a hospital. The Office of the Auditor General of Norway made many of the same remarks in their rapport from 2005/06.

Method

This literature study studies rapports from Norwegian health offices and committees, and literature on how other countries have organized their EDs. Trends in the international community when it comes to organizing EDs, and specially emergency medicine as an own specialty for doctors has been studied.

Results

Norway has 54 EDs with a wide range of organizational structures. Some are organized under medical department, others by themselves. Due to Norway's scattered population, the size of the EDs vary from small local hospitals to University hospitals.

Among the proposed measures was to follow international trend and make emergency medicine an own specialty.

A committee from 2007, concluded that an own specialty was not the way to improve emergency care in local hospitals, despite the obvious international trend. Norwegian topography, distances and organization of health care made it difficult to directly implement international measures.

Interpretation

In recent years ED in many countries have looked towards the Anglo-American system. It is difficult to categorize Norway to either the Anglo-American system or the Franco-German system. Doctors in the ED are not specialists, nor working there regularly. This is a unique organisational structure for doctors in hospital departments.

There is definitely more research that should be done on this matter, especially the need for emergency medicine as an own specialty in the larger hospitals in Norway, and effect-studies on which measurements for improvements to implement in EDs.

Innhold

Abstract	2
Objective.....	2
Background	2
Method	2
Results	2
Interpretation.....	2
Innhold.....	3
Forord	5
Innledning.....	6
Metode.....	7
Søkeord.....	7
Annet	8
Akuttmottak i Norge	9
Akuttmottakets oppgaver og funksjon.....	9
Organisering av akuttmottak.....	10
Øyeblikkelig hjelp i akuttmottak	10
Ulike måter å ankomme akuttmottaket	11
Hvem trenger øyeblikkelig hjelp?	12
Sentrale områder i helselovgivningen	12
Akuttmottak i utlandet	13
Akuttmottak i USA.....	14
Akuttmedisin som eget spesialitet	14
Akuttkirurgi.....	15
Populær spesialitet.....	16
Akuttmedisin i Storbritannia.....	16
Organisering av akuttmedisin	16
Akuttmedisin som eget spesialitet	16
"4h target"	18
Akuttmedisin i Sverige.....	18
Organisering av akuttmedisin	18
Akuttmedisin som eget spesialitet	18
Akuttmedisin i Nederland	19
Akuttmedisin som egen spesialitet	19
Det franco-germanske mot det anglo-amerikanske.....	19
Det franco-germanske system	20
Forhold ved norske akuttmottak	21
Helsetilsynet	21
Riksrevisjonen.....	22
Lokalsykehusutvalget.....	23
Foreslåtte tiltak for forbedring.....	24
Mer erfarne leger i akuttmottaket	24
Kortere ventetid.....	25
Egen spesialitet.....	26

Egen avdeling	26
Prosjektgruppe ser på saken.	27
Andre tiltak som ikke tas opp.....	28
Diskusjon	29
Akuttmedisin	29
Ønsker ikke å jobbe i mottak	30
“Akuttmottak havner mellom flere stoler”	31
Tidskrav til akuttmottakene	32
Den Anglo-Amerikanske modellen vinner grunn	33
Konklusjon	34
Referanseliste	36

Forord

Før jeg begynte på medisin, studerte jeg samfunnsøkonomi på SV. I den sammenheng fikk jeg en smakebit på helseledelse og helseøkonomi gjennom sidefag jeg tok i bachelorgraden. Jeg syntes det var veldig interessant, og ønsket derfor å skrive prosjektoppgaven min om et tema der jeg kunne bygge videre på denne kunnskapen. Jeg søkte en mulighet til å løfte blikket fra somatikken og studere helsevesenet fra et helseadministrativt ståsted, noe det ellers er lite fokus på gjennom profesjonsstudiet i medisin. Det var min veileder Lars Erik Kjekshus som inspirerte meg til å velge organiseringen av akuttmottak som innfallsvinkel. Dette er et ”hett” område innenfor helsevesenet, der man vil kunne forvente at det vil foregå en betydelig utvikling de nærmeste årene. Jeg ønsket å studere denne utviklingsprosessen, samt undersøke hvordan norske og utenlandske akuttmottak drives per dags dato.

Jeg vil benytte anledningen til å takke min veileder Lars Erik Kjekshus, som har muliggjort denne prosjektoppgaven for meg.

Innledning

Akuttmottaket er hovedpulsåren i et sykehus. Her kommer pasientene inn, møter de første legene, utredes og diagnostiseres for videre forløp. Akuttmottaket er pasientens første møte med sykehuset og dets oppgave og posisjon kan ikke undervurderes. Men hvordan er egentlig denne avdelingen lagt opp spør jeg meg.

I denne oppgaven ønsker jeg å studere noen aspekter ved akuttmottak. Jeg er interessert i å kartlegge akuttmottakenes funksjon og rolle i sykehusdriften, hvordan de organiserer sine legeressurser, samt å kartlegge hvilke utfordringer norske akuttmottak står ovenfor i fremtiden. Jeg vil ha et særlig fokus på foreslåtte tiltak for endringer. Selv om hovedfokus vil ligge på norske akuttmottak og deres utfordringer, ønsker jeg samtidig å sammenlikne nasjonale forhold med internasjonale. Jeg vil derfor beskrive hvordan akuttmottak er organisert i andre land det er naturlig å sammenlikne seg med. Videre vil jeg se etter hvilke endringer og trender som skjer på den internasjonale scene innenfor organisering av akuttmottak og legeressurser i akuttmottak.

Gjennom prosjektoppgaven ønsker jeg å finne svar på følgende spørsmål: *Hvordan er akuttmottak organisert i Norge og utlandet, og hvilke utviklingstrender sees?*

Jeg forventer å finne ulikheter mellom organisering av akuttmottak i Norge og internasjonalt. Jeg antar at norske forhold ligner mer på våre nordiske naboer enn andre land i Vesten. Internt i Norge forventer jeg også at det vil være store forskjeller på akuttmottakene fra sykehus til sykehus. Mens man ved de store universitetssykehusene har mulighet til å ha spesialkompetanse på vakt, vil de mindre akuttmottakene ha færre ressurser både på utstyrsiden og bemanningssiden.

Metode

Jeg har i løpet av studiet ervervet meg bakgrunnserfaring fra sykehus og akuttmottak. Som student har jeg vært tilknyttet Oslo Universitetssykehus (Ullevål, Rikshospitalet, Aker), Akershus Universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold og Queens Medical Centre i Nottingham, i tillegg har jeg vært turnuslegevikar ved Hammerfest sykehus. Dette har gitt meg et godt innblikk i hverdagen på sykehus og i akuttmottak.

Søkeord

Jeg gjorde søk i PubMed, Cochrane Library og Svemed+. De første søkene var høsten 2008, mens jeg gjorde tilsvarende søk våren 2009. Søkeordene jeg benyttet i PubMed og Cochrane, var først "emergency medicine", dette ga altfor mange treff, og de fleste var rettet mot somatikken og derfor irrelevant for min oppgave. Videre søkte jeg på "emergency medicine changes", "emergency medicine management", "emergency medicine organization", "emergency medicine specialty", "emergency medicine leadership", "emergency medicine organizing", "time measurement emergency room", "emergency physician specialty". Av norske ord søkte jeg på "akuttmottak", "organisering akuttmottak" og "sykehus organisering", men norske ord ga ingen treff.

Jeg ekskluderte alle artikler om somatiske/psykiatriske tiltak i akuttmottak, og artikler eldre enn 1990. I PubMed fant jeg tilslutt 7 relevante treff ved å gå videre fra artiklers referanse artikler, men ingen omhandlet norske forhold.

I Cochrane Library fant jeg intet av relevans.

I den svenske databasen Svemed+ søkte jeg på "akuttmottagning", og fikk 491 treff, og gikk gjennom alle, etter å ha filtrert for de somatiske, utdaterte og ellers ikke relevante artiklene, sto jeg igjen med 6 artikler fra Svenske legetidsskriftet fra perioden 2004-2009.

Tidsskriftet Emergency Medicine Journal, av BMJ har søkefunksjon der jeg søkte på "specialty", "Norway", "organization +leadership". Jeg endte opp med 3 artikler som var relevante. Jeg gjorde tilsvarende søk i tidsskriftet Emergency Medicine Clinics in North America, og endte opp med 2 artikler med relevans. Men nok en gang omhandlet ingen av dem norske forhold.

Jeg gjorde også søk på Google med søkeordene «akuttmedisin + spesialitet», og kom frem til en rapport fra Helse Nord om deres utredning om akuttmedisin som egen spesialitet. Dette var meget

relevant for mitt tema. Videre fra denne artikkelen kom jeg over Lokalsykehusutvalgets rapport om tilstanden ved norske akuttmottak.

Annet

Kilde til sentrale helselover er hentet fra www.lovdata.no.

Kilder fra prosjektet på Nye Ahus er hentet fra intervju med prosjektleder og avdelingsleder Frode Østrem. I tillegg til interne rapporter og foredrag holdt på Ahus, som rettet meg videre til Helsetilsynets rapport fra 2008 og Riksrevisjonens rapport fra 2005/6 angående norske akuttmottak. Råd om litteratur innen endringsledelse fra veileder Lars Erik Kjekshus, førsteamanuensis ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi, UiO.

Tall fra Nottingham har jeg fra mitt utvekslingsopphold høsten 2008.

Jeg har funnet 5 norske rapporter som har vært relevante for min oppgave. De har vært fra tunge aktører, er av nyere dato og jeg anser dem som pålitelige kilder. De sier alle noe om forholdene ved norske akuttmottak og noen foreslår endringer: Helsetilsynets rapport fra 2008 (1), Riksrevisjonens rapport fra 2005/6 (2), Lokalsykehusutvalget sin rapport fra 2007 (3), Helse-Nords rapport: *”Utredning av en eventuell ny spesialitet i akuttmedisin”* fra 2008 (4) og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten sin rapport fra 2004: *Organisering av akutt-tjenester i sykehus* (5).

Akuttmottak i Norge

Akuttmottakets oppgaver og funksjon

Akuttmottakene er inngangsporten til sykehuset. Her utføres de første undersøkelsene, foreløpig diagnose stilles og det avgjøres hvorvidt pasienten skal legges på sengepost eller skrives ut for oppfølging hos f. eks fastlege. Med andre ord er akuttmottakets hovedfunksjon å ta i mot pasienter ved deres ankomst til sykehuset og sende dem videre slik at de kan motta best mulig helsehjelp.

Akuttmottaket har en slusefunksjon, og siler pasienter både i forhold til hastegrad, diagnosegruppe og behov for videre behandling i enten primær- eller spesialisthelsetjenesten.

Når pasientene ankommer er det akuttmottakets ansvar og oppgave å registrere pasientene med nødvendige opplysninger. Deretter skal pasientene prioriteres, gjerne ved bruk av triage-kriterier. I forhold til antatt hastegrad skal pasientene ha adekvat legetilsyn, med tilhørende undersøkelser og vurderinger innen rimelig tid. Tentativ diagnose skal stilles før pasienten sendes videre til egnet helseinstans. Denne prosessen krever en høy grad av styring gjennom organisering og systematiske retningslinjer, i samarbeid med høy faglig kompetanse hos den enkelte helsearbeider.

I Helsetilsynets rapport fra 2008 "Mens vi venter...forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene?" defineres akuttmottak som "et mottakssenter på sykehuset for ikke-elektiv innleggelse." Selv om noen sykehus er organisert slik at også elektive innleggelser ankommer via akuttmottaket, er det øyeblikkelig hjelp-pasientene som i størst grad har behov for akuttmottakets slusefunksjon som beskrevet over.

I noen tilfeller gis det behandling til pasienter i akuttmottak. Det kan skyldes at det er nødvendig med rask igangsettelse, lang ventetid for å komme til avdeling, eller akutt forverring. Videre har akuttmottak i Norge også en viktig posisjon i forhold til læringsmiljø for unge leger. Turnusordningen er en obligatorisk del av legeutdannelsen, og denne ordningen gir jevn fordeling av nye leger til sykehusene. Turnuslegene jobber mye i akuttmottak i sitt turnusår på sykehus før de skal ha distriktsturnus. På akuttmottaket blir de konfrontert med pasientkasus i akutte situasjoner, og blir oftest de første legene som tilser pasientene. De har alltid en bakvakt som de kan konferere med, men mange akuttmottak drives nærmest av turnuslegene. Det er mye som skal læres, og de fleste opplever en bratt læringskurve. Derfor er akuttmottak et viktig ledd av legeutdannelsen i Norge, det for mange i tillegg deres første møte med egne pasienter.

Organisering av akuttmottak

Det finnes 54 akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste i Norge. (1)

Det er mange ulike organiseringsformer og organisatorisk plassering for akuttmottak i norske sykehus. Noen akuttmottak drives som egne avdelinger under akuttmedisinsk eller medisinsk klinikk. Andre er en seksjon under en avdeling. I tillegg er det verdt å bemerke seg at tall fra 2006 viser at legevakten var ved 39 steder lokalisert i sykehus, hvorav 8 var organisert i felles akuttmottak. De fleste norske akuttmottak (94 %) er organisert som en felles avdeling for indremedisinske og kirurgiske pasienter. (5) Blant de ansatte er sykepleiere, evt. hjelpepleier og helsesekretærer, oftest fast ansatte i akuttmottaket, mens legene bemannes med rotasjonsturnuser fra ulike avdelinger. Organiseringen av disse rotasjonsturnusene er forskjellig fra akuttmottak til akuttmottak.

I mange av landets akuttmottak er administrerende direktør første felles organisatoriske nivå i helseforetaket. (1) Det betyr at akuttmottaket i organisasjonskartet har falt utenfor de vanlige somatiske avdelingene. Vanligvis vil avdelinger grovinndeles i medisin og kirurgisk, men noen sykehus har altså valgt å organisere dem utenfor denne kategorien i en egen avdeling uten fellesskap med de andre somatiske avdelingene. Ressurs- og kompetansestyringen i akuttmottaket opplever et delt lederskap, ettersom legene som arbeider i akuttmottaket, egentlig styres fra andre avdelinger. Professor Eldar Søreide kommenterte at ettersom ingen legegrupper har akuttmottak som deres revir, havner akuttmottaket mellom flere stoler. (6)

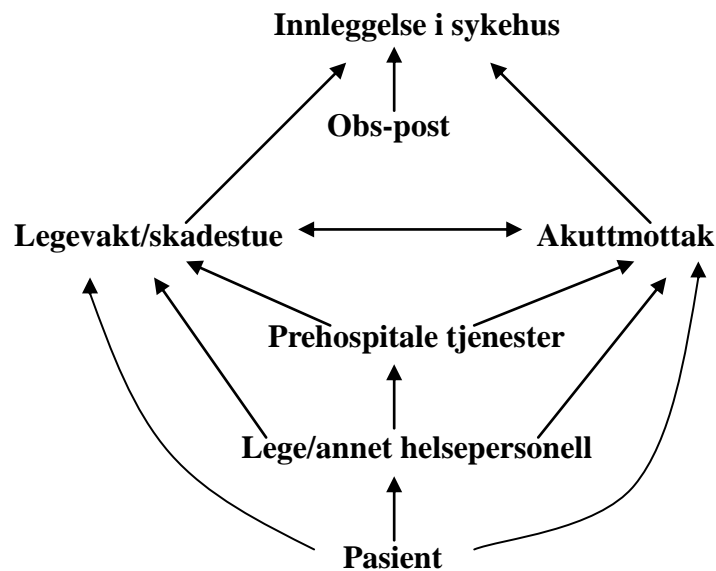
Øyeblikkelig hjelp i akuttmottak

Øyeblikkelig hjelp-innleggelse til sykehus er definert som *”henvisning til eller mottak av pasient i helseinstitusjon som har behov for umiddelbar eller snarlig undersøkelse, behandling eller pleie.”* (7). Videre avgrenses behovet for ”umiddelbar eller snarlig undersøkelse” oppad til 24 timer fra første kontakt med helsetjenesten. Slik blir øyeblikkelig hjelp en samlebetegnelse for pasienter som kommer til sykehuset på kort varsel, og som har behov for medisinsk hjelp og behandling innen ett døgn. Øyeblikkelig hjelp utgjør en stor andel av sykehusenes totale aktivitet. Undersøkelser fra 2004 og 2005 viste at det var henholdsvis ca 550.000 og 530.000 døgnopphold for ø-hjelp, noe som utgjør hhv 66 % og 62 % av alle døgnopphold pr. år (2, 3). Videre skyldtes 49 % av innleggelsene nyoppstått sykdom eller skade, 22 % av pasientene hadde en uavklart tilstand med behov for

utredning, 21 % av alle innleggelser skyldtes forverring av eksisterende sykdom, mens 10 % ble innlagt grunnet pleiebehov eller av sosiale årsaker.

Ulike måter å ankomme akuttmottaket

Pasienter ankommer akuttmottaket som øyeblikkelig hjelp-pasienter på en av tre måter: med henvisning fra fastlege eller legevakt, transportert av AMK-tjenesten eller ved oppmøte direkte i akuttmottaket. Mens pasienter som henvises fra primærhelsetjenesten, som regel er undersøkt av lege og kommer inn med en foreløpig diagnose, er dette mindre vanlig for de to andre gruppene. I disse gruppene kan det derfor befinne seg alt fra kritisk syke pasienter til pasienter uten behov for øyeblikkelig hjelp. Ambulansepersonell i AMK-tjenesten stiller ofte foreløpige diagnoser både ved akuttinnleggelser og traumehåndtering. Mange av disse pasientene er kritisk syke, og avhengige av effektiv håndtering fra kompetent personale med rask diagnostisering og igangsetting av nødvendig behandling, noen har også behov for behandling i feltet. Blant pasientene som selv møter opp på akuttmottaket uten å ha vært innom primærhelsetjenesten, finnes mange som kunne vært tatt hånd om hos fastlege eller legevakt. I noen situasjoner kan utredning i akuttmottaket unngås hvis pasientene hadde vært informert om legevakt eller fastlege, evt. blitt bedt om å henvende seg dit. (8) Flere amerikanske studier har vist at stor pågang av pasienter som henvender seg direkte til akuttmottaket uten først å ha vært i kontakt med primærhelsetjeneste eller AMK-sentral, presenterer en utfordring for behandling av de mer trengende pasientene. (9) Dette er en kjent problemstilling i bl.a. USA, der andelen fra denne gruppen er betydelig større enn i Norge. Man har satt dette i sammenheng med at stadig flere i statene ikke har helseforsikring, og på den måten ikke krav på helsehjelp slik vi kjenner det i Europa. Da akuttmottakene i USA er pliktige til å yte nødvendig helsehjelp på tross av manglende helseforsikring, er det mange amerikanere som benytter akuttmottaket som deres primærhelsetjeneste. (9)



Figur 1: Hovedprinsipp for innleggelse i sykehus. (5)

Hvem trenger øyeblikkelig hjelp?

Akutte innleggelser utgjør i overkant av 45 % av innleggelser i sykehus i Norge. Det er imidlertid stor variasjon mellom sykehus og mellom avdelinger. Det har de senere år vært en økning i akuttinnleggelser på 3-5 %. Dette er en trend som også sees internasjonalt. Det er mest sannsynlig snakk om en reell økning i antall personer som har behov for akuttjenester, og ikke økt antall reinnleggelser per pasient. Trenden viser at økningen skjer hovedsakelig på medisinsk side fremfor kirurgisk, og at det primært er knyttet til eldre aldersgrupper med respiratoriske eller kardiologiske tilstander. Parallelt med økningen i akuttinnleggelser ser man reduksjon i liggetid for de samme pasientgruppene. Norske tall viser at økningen i akuttinnleggelser skjer i hovedsak i aldersgruppen 65+, noe som tyder på at internasjonale trender er gjeldene for Norge i denne sammenhengen. (5)

Sentrale områder i helselovgivningen

Sykehusene er ved lov pålagt å yte øyeblikkelig hjelp når det anses som påtrengende nødvendig. Dette omtales i Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-1. *"Sykehus og fødestuer skal straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig."* Mottagelsen skjer som regel i sykehusets akuttmottak. Videre forteller paragrafen at sykehusene er pliktige å tilby pasientene undersøkelse og nødvendig behandling, så langt det er mulig ut i fra tilgjengelig bemanning, kompetanse og utstyr. Loven pålegger imidlertid ikke institusjoner å organisere

akuttberedskap. Dette ansvaret legges over på det regionale helseforetaket, som skal sørge for at det er tilstrekkelig antall akuttmottak i helseregionen både for somatiske, psykiatriske og tverrfaglige problemstillinger. Lov om spesialisthelsetjeneste § 2-1a redegjør for de regionale helseforetakenes ansvarsoppgaver i forhold til å sikre at det innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste, herunder blant annet sykehustjenester og akuttmedisinsk beredskap. Også krav til at det finnes ambulansetjeneste og andre akuttmedisinske funksjoner ligger under det regionale helseforetaket. Mer spesifikt om hva skal foreligge i forhold til mottak, prioritering, undersøkelser og diagnostisering, overvåkning og behandling av pasienter i akuttmottak blir det i Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. §2-2 kun sagt at det må være “forsvarlig” nivå på alle de overnevnte områdene. Lovverket sier ikke noe om organiseringen og tilgjengelighet av akuttmottakene i landet, utover at det må være tilstede.

Akuttmottak i utlandet

Akuttmottak i utlandet er organisert noe ulikt, men en del land har store likhetstrekk. Jeg ønsker å legge frem hvordan de organiserer seg og tar opp situasjonen rundt akuttmedisin som egen spesialitet. Jeg har valgt å kartlegge land én etter én, og tabellen under gir et raskt overblikksbilde. Det foreligger ikke systematiske oversikter eller komparative analyser av hvordan akuttmottak er organisert i Europa.(5)

Modell	Land	Egen spesialitet	Type spesialitet	Spesialitet introdusert	Lengde spesialisering	Hvor møtes lege og pas	Tidskrav
AAS	USA	Ja	Egen	1979	3 - 4 år	Akuttmottak	
AAS	UK	Ja	Egen	1983	5 år	Akuttmottak	4t i AM
AAS	Sverige	Ja	Tillegg	2006	2 år	Akuttmottak	
AAS	Nederland	Ja	Egen	2009	3 år	Akuttmottak	
-	Norge	Nei	-	-	-	Akuttmottak	
FGS	Tyskland	Ja	Tillegg	2005	2 år	Hjemme	15m tilsyn

Tabell 1: Oppsummering av akuttmedisin i ulike land

Akuttmottak i USA

Akuttmottaket i USA ligner på mange måter våre egne akuttmottak, men noen viktige forskjeller finnes. Akuttmottakene er bemannet med egne akuttmedisinere, sykepleiere og noen har også Physician Assistant (PA), som er et helsepersonell mellom sykepleier og lege i hierarkiet. Egne akuttmedisinere har USA lang tradisjon med og blir ansett som et foregangsland på dette feltet. Som nevnt tidligere opplever akuttmottakene i USA en større andel pasienter som møter opp direkte på akuttmottaket. Dette forklares med den store andelen amerikanere som ikke har helseforsikring møter opp direkte på akuttmottaket, da akuttmottak ikke har lov til å avvise pasienter som behøver nødvendig helsehjelp.

Akuttmedisin som eget spesialitet

USA begynte å utvikle akuttmedisin som eget spesialfelt i begynnelsen av 60-årene, og i 1979 ble “emergency medicine” offisielt en egen spesialitet. Og siden har landet vært ledende på utvikling og forskning av akuttmedisin. Det begynte med fire leger i Virginia som åpnet en 24-timers åpent akuttmottak som tok imot alle pasienter uten hensyn til pasientenes helseforsikring. Legene jobbet kun på akuttmottaket, og tok imot pasienter med alle slags problemstillinger. Fra mottaket ble pasientene enten henvist til poliklinikk, primærhelsetjeneste eller innlagt. Denne modellen ble raskt plukket opp av sykehus over hele USA, og tok over for legeorganiseringen med rotasjonsturnuser fra andre avdelinger. Dette la grunnlaget for at akuttmedisin ble anerkjent som egen spesialisering i 1979.

Opprettelsen av akuttmedisin som eget spesialfelt har vært en viktig faktor for utviklingen av akuttmedisin som et fagfelt. Det har skapt grobunn for forskning på akuttmedisin, og et eget fagmiljø som styrker fagfeltet. (8) Det har også vært viktig for forskning internasjonalt med et foregangsland.

Men utviklingen av akuttmedisin i USA gikk ikke på skinner fra begynnelsen, da de møtte stor skepsis og motstand fra andre spesialiteter. Pediaterne mente at kun de kunne bedømme pediatriske pasienter i mottaket. Akuttlegene fikk ikke henvise til CT Caput uten å ha konsultert med nevrolog, og anestesilogene gjorde motstand mot at akuttlegene skulle få lov til å intubere og håndtere tilhørende legemidler. Dagens situasjon er helt annerledes, da akuttlegene rekvirerer direkte til radiologen, behandler barn og intuberer selv. (10)

Det finnes få subspecialiteter innen akuttmedisin i USA, dette til tross for at utviklingen og trenden i resten av spesialfeltene er mot subgrupperinger og subspecialiteter. Det er en indikasjon på behovet for en allmenn og bredspektret tilnærming av pasienter i akuttmottaket. De treffer hele spekteret av pasienter med tanke på alder, kjønn og samfunnsklasse, og de behandler bl.a. medisinske, kirurgiske, pediatriske og psykiatriske pasienter. (8)

Akuttkirurgi

Emergency Medicine har møtt på mange hindre opp gjennom tiden og fortsetter naturlig å møte daglige hindringer. Akuttmedisinere opplever ofte å ikke motta den forventede og nødvendige hjelpen og assistansen som de behøver fra andre spesialiteter. Dette gjelder særlig forholdet til kirurger, og det er blitt rapportert om uenigheter med kirurgene om når de bør assistere akuttmedisinere med akuttpasienter. Kirurger, med travle operasjonstider, oppleves av akuttmedisinere som motvillige til å tilby assistanse på potensielle akuttpasienter. Et annet aspekt med kirurgi i akuttmedisin er den stadige subspecialiseringen innen kirurgifaget, som har redusert breddekompetansen og øker gapet med det som trengs i akuttmedisin. (11)

En komité, satt ned av American Association for the Surgery of Trauma i 2003, skulle se på mulighetene for å utvikle en subspecialitet som skulle inkludere de ikke-traumatiske kirurgiske tilfellene også. Traume-team og utvikling av traumehåndtering har utviklet seg stort de siste årene og hatt stor fremgang, og dette ønsket man også innenfor de akutte kirurgiske pasientene, som ikke var traumerelatert. Navnet på denne subspecialiteten skulle bli Acute Care Surgeon (ACS).

Oppgavene til ACS skulle være å bidra til bedre og raskere håndtering av akutte kirurgiske pasienter på akuttmottaket. De skulle kunne ta hånd om kirurgiske pasienter som alle kirurgisk akutt abdomen-pasienter, oftest relatert til perforasjon, blødning, obstruksjon eller akutt inflammasjon. Andre aktuelle områder kunne være akutte thorakale, vaskulære, ortopediske og neurokirurgiske pasienter.

Komiteen har påpekt at hensikten ikke er å gå tilbake til generelle kirurger som opererer på alt og alle, uten å være spesialisert i noe. Målet er å etablere dedikerte kirurgiteam som spesialiseres i akuttkirurgi, uansett om det er traumerelatert eller ikke.

Ved dannelse av ACS håper man at akuttmottaket vil ha lettere tilgang til kirurgiske ekspertise, kirurger som er engasjerte i akuttmedisin og et nærmere forhold og samarbeid mellom medisinere og kirurger i akuttmottaket. (11)

Populær spesialitet

I USA har Emergency Medicine vært en egen spesialitet siden 70-tallet, på den tiden fantes det kun 3 utdanningsinstitusjoner i verden som tilbød “residencies” i Emergency Medicine. Til tross for mye skepsis de siste 40 årene har spesialiteten vokst enormt og det finnes i dag over 125 “residency”-programmer bare i USA. Spesialiteten har høy popularitet blant nyutdannede leger og blant de som får flest søkere per “residency” som utlyses. Med egen spesialitet har det også kommet flere interesseorganisasjoner, egne tidsskrift, mer forskning og over 100 læreboker om akuttmedisin er blitt utgitt. (12)

Akuttmedisin i Storbritannia

Organisering av akuttmedisin

Storbritannia har de siste år organisert sin akuttjeneste i ulike nivåer avhengig av alvorlighetsgrad og ressursbehov. A&E-sentre (Accident and emergency) tilsvarende tradisjonelle akuttmottak og brukes ved alvorlige eller livstruende tilstander. De opererer med en 4-timers regel: 98 % av pasientene skal være tilsett, diagnostisert og behandlet i løpet av 4 timer. Henvisning til A&E skjer via nødnummer eller ambulanse. Foruten vanlig legevakt (Doctors surgery) hvor man trenger timebestilling har NHS (National Health Service) opprettet to sykepleiedrevne mottak for mindre alvorlige tilstander som sannsynligvis ikke krever innleggelse. Minor Injury Unit er skadestuer som tar seg av mindre skader og brudd, og NHS Walk-In Centre, tilbyr erfarne sykepleiere og leger som vurderer både medisinske og kirurgiske tilstander, og fungerer som et filter mellom ulike nivåer av helsetjeneste. (5)

Akuttmedisin som eget spesialitet

Organisasjonen British Association for Accident and Emergency Medicine (BAAEM) ble opprettet i 1967, og fem år senere ble de første 30 overlegene ansatt av det britiske helsedepartementet. Dermed var arbeidet med å bygge opp spesialiteten med utdanning og infrastruktur i gang. (13) Emergency medicine ble offisielt egen spesialitet i Storbritannia i 1983, men spesialiteten het Accident Medicine (A & E-medicine) frem til 2001. Storbritannia var det første landet i Europa som gjorde akuttmedisin til egen spesialitet med eget fakultet, men deres tidligere kolonier, USA, Canada, Australia, Hong Kong og Singapore var ute før dem. Spesialiteten har vært en populær spesialistgren og hadde i 2008 730 ferdige spesialister, og 1600 i spesialisering. (4) I Storbritannia

har spesialiteten vært blant de mest ettertraktede assistentlege-stillingene, i forhold til antall søkere pr. assistentlege-stilling. Spesialistutdanningen tar 5-år i Storbritannia, og det tas årlig tester under utdanningen for å sikre adekvat progresjon. Dette er i samsvar med hvordan spesialistutdanningen er i andre spesialiteter. (14)

Britene har konkludert med at deres utforming av akuttmottak på sykehus, med akuttmedisinere, Emergency Physicians eller Emergency Practitioner, på mottaket har vært en suksess. Emergency physicians er akuttmedisin-spesialister, mens Emergency Practitioners er allmennpraktikere med 2-årig videreutdannelse innen akuttmedisin. (4)

I 2008 kom det frem i en rapport av College of Emergency Medicine at etter utprøving av ulike modeller for akuttbehandling de siste 7 årene, er det evidens for at ingen av de nye organisatoriske modeller innen akuttmottak, er så kosteffektiv som tjenestene som leveres i eget akuttmottak med spesialister i akuttmedisin. (15)

I 2009 kom det en rapport som tok for seg hva leger fra andre spesialiteter på sykehuset syntes om akuttmedisinere i A&E (Accident and Emergency department). Konklusjonen var at kollegene fra andre spesialiteter oppfattet det akuttmedisinene gjorde innen gjenopplivning, akutt traumepasienter, og diagnostisering som meget viktige oppgaver. Det som ble oppfattet som noe av det viktigste akuttmedisinene gjorde var å utdanne yngre leger fra alle spesialiteter innen akuttmedisin, dette ble oppfattet som særskilt viktig og nyttig. Nederst på listen over viktige områder for akuttmedisinere var vurdering og organisering av eldreomsorg, og pasientkasus som kunne vært behandlet i primærhelsetjenesten.

Da kollegene skulle svare på hva som var av høy kvalitet av akuttmedisinere, ble gjenopplivningsferdigheter trukket frem øverst, andre områder var god samarbeidsevne med andre avdelinger og god "team management". Rapporten understreker at det er betryggende å vite at samarbeidsevne eksternt og internt ble klassifisert som gode ettersom det er en essensiell del av akuttmedisinen, og uunnværlig for et akuttmottak. A&E-spesialiteten ble altså relativt godt mottatt blant de andre legene. Legene i undersøkelsen ønsket også i høy grad å opprettholde mindre akuttmottak i mindre befolkede områder og var lite fascinert over sentralisering av akuttmottak. Dette går imot den offisielle helsepolitikken til Helsedepartementet i Storbritannia som ønsker å sentralisere akuttmottak og spesialistsykehus.

"4h target"

Helsedepartementet i Storbritannia har innført "4h target" konsept i alle landets akuttmottak. (16) Dette er et mål om at 98 % av pasientene som kommer til et akuttmottak skal bli sett, vurdert og innlagt eller utskrevet i løpet av 4 timer. Dette konseptet ble innført etter at det var stor misnøye med venting på akuttmottak rundt omkring i landet. Konseptet har hatt signifikant betydning for reduisering av ventetiden på akuttmottakene. (16) Mye av suksessen er tillagt tydeligere og bedre ledelse.

Akuttmedisin i Sverige

Organisering av akuttmedisin

Svenske sykehus og akuttmottak har gått igjennom omfattende strukturendringer de siste tiårene. På 70-tallet fantes det 115 sykehus med døgnåpent akuttmottak, men dette tallet var redusert til 60 døgnåpne akuttmottak. I samme periode har folketallet økt fra 8,1 mill til 9.0 mill og forventet levealder økt fra 71,7 år til 78,0 år. Antallet sengeplasser minsket med hele 80 %, fra 120 000 plasser til drøyt 27 000, og Sverige hadde i år 2000 nest færrest plasser i vest-Europa, kun slått av Finland. (17) Sykehusene i Sverige har gjennomgått store organisasjonsreformer på 90-tallet, som har ledet til en sentralisert sykehusstruktur. (4)

Det finnes ulike organisasjoner med ansvar for de prehospitale tjenestene (private ambulanser, brannvesen i tillegg til kommunale instanser). Innenfor sykehus har man etablert egne akuttklinikker på enkelte sykehus, blant annet Søndersjukhuset i Stockholm, Malmö og Varberg, etter modell fra Storbritannia og USA. Legene i akuttklinikkene jobber kun i akuttmottaket i egen vaktturnus, og akuttmedisin ble nylig en egen spesialitet. (18)

Akuttmedisin som eget spesialitet

Akuttmedisin ble 1. juli 2006 en egen spesialitet, "Akutsjukvård". Sverige har 56 spesialiteter, inndelt i basespesialitet, grenspesialitet og tilleggsspesialitet, Akutsjukvård er en tilleggsspesialitet. Grenspesialitetene må bygge på spesifikke basespesialiteter, mens tilleggsspesialiteter kan bygge på alle kliniske basespesialiteter. Akutsjukvård er en 2-årig tilleggsspesialitet, som er bygget på etter den anglo-amerikanske-modellen. Det betyr at spesialister innen andre spesialiteter, som kirurgi, indremedisin, anestesi eller annet, kan videre spesialisere seg som akuttmedisinere. (3)

Foreningen, Svensk förening för akutsjukvård, SWESEM, ble dannet i Uppsala i 1999, og har de siste 11 årene vært aktive bidragsytere til debatten omkring dannelsen av ny spesialitet omkring akuttmedisin. (17)

Akuttmedisin i Nederland

Nederland ble i 2008 kåret til det beste helsevesenet av Euro Health Consumer Index, og har i likhet med de fleste europeiske land universell helseforsikring for sine innbyggere. Landet har 16 millioner innbyggere, fordelt på 41.526 kvadratkilometere og 106 akuttmottak. Til tross for et meget godt fungerende helsevesen ble det i 1995 påpekt av egne tilsynsmyndigheter at det var akuttmedisin som var deres svakeste fagfelt. (19) På midten av 90-tallet ble det rettet søkelys mot den akuttmedisinske kjeden i landet, og det ble definert utdanningskrav for ambulansepersonell, ambulansesykepleiere og akuttsykepleiere. Legene kom dårlig ut av vurdering sammenlignet med de andre samarbeidspartnerne sine i den akuttmedisinske kjeden, og det ble begynt med egen utdanning i akuttmedisin i 2000 for leger.

Akuttmedisin som egen spesialitet

Utdanningen fulgte modellene i USA og Storbritannia, altså den anglo-amerikanske modellen. Nederland har benyttet seg av utenlandske akuttmedisinere fra både USA og Australia for veiledning i arbeidet med å etablere denne nye spesialiteten. (4, 19) De har ca 100 ferdig utdannede akuttmedisinere, og med tanke på at de har 106 akuttmottak i landet, er det foreløpig for få akuttmedisinere. Til tross for at utdanningen innen akuttmedisin har eksistert i noen år, ble ikke akuttmedisin egen spesialitet før i 2009. Spesialistutdannelsen i Nederland er 5 år for alle retninger, men akuttmedisin har kun 3 år. Det er betenkelig ettersom ca 60 % av spesialiseringen skjer ved ikke-akuttmedisinske avdelinger. (19)

Det franco-germanske mot det anglo-amerikanske

Det er også verdt å nevne hvordan den franske og tyske akuttmedisinen er lagt opp, da den er i sterk kontrast med både britenes og amerikanernes struktur. Deres organisering av akutthelsetjeneste kalles det franco-germanske systemet. Og motsetningen mellom den franco-germanske og anglo-amerikanske, er et diskutert tema innen akuttmedisinen, og andre land blir ofte trukket enten i den ene eller andre retningen.

Det franco-germanske system

Utgangspunktet for den franco-germanske akuttmedisinsystemet (FGS) er at legen oppsøker akuttpasienten, i motsetning til den anglo-amerikanske (AAS) der pasienten oppsøker akuttmottaket. Pasienter med akutte tilstander, men ikke livstruende sykdommer eller skader, blir oftest undersøkt, diagnostisert og behandlet av allmennleger på legekontor eller i pasientens hjem. Få pasienter tar initialt kontakt med akuttmottaket, da terskelen for dette er høyere enn i AAS. Over halvparten av pasientene som oppsøker akuttmottaket i USA, ville derfor blitt behandlet utenfor sykehuset i det FGS.

Akuttpasienter blir i Tyskland garantert at korrekt helsepersonell og transport skal ankomme innen 10 minutter i 80 % av tilfellene, og innen 15 minutter i 95 % av tilfellene.⁽²⁰⁾ Dette gir pasientene en trygghet om at rett helsepersonell er tilgjengelig og raske uansett når og hvor et helseproblem skulle oppstå.

Noe av hovedkritikken mot FGS er at det er ett ineffektivt system å reise rundt til pasientene, da en slik lege maksimalt vil kunne se til 1-2 pasienter i timen, vil en lege på akuttmottaket kunne se langt flere. En annen kritikk som reises er at mye av akuttmedisinen som blir gjennomført utenfor sykehusene, gjøres av allmennleger som ikke er trent i akuttmedisin, og ofte også unge, uerfarne leger som ønsker seg videre innen andre spesialiteter.

I Tyskland brukes begrepet “akuttmedisin” om en form for “redningsmedisin” (Notfallsmedizin), og ble etablert som tilleggsspesialitet i 2005. Denne spesialiteten bygger på andre spesialiteter som indremedisin, kirurgi, traumatologi etc. og legene må ha tjenestegjort minimum 2 år innen sitt fagfelt før de kan begynne på den 2-årige videreutdannelsen “Notfallsmedizin”. Legene som videreutdanner seg skal kunne jobbe i alle mulige sykehustyper, og noen vil også kunne være utrykningslege på legeambulanse eller redningshelikopter.

Forhold ved norske akuttmottak

Jeg har funnet tre rapporter fra de senere år som har gransket forhold ved norske akuttmottak. Den første er Helsetilsynets omfattende rapport fra 2007, som inkluderte 27 av de 54 akuttmottak i Norge. Den andre er Riksrevisjonens rapport *Akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten* fra 2005/6, som i tillegg til akuttmottak, så på forhold ved AMK-sentraler og ambulansetjenester.

Den tredje er Helsedepartementets arbeidsgruppe, Lokalsykehusutvalget, som i 2006 utredet akuttfunksjoner ved lokalsykehusene.

Helsetilsynet

I 2007 utførte Helsetilsynet et omfattende tilsyn av landets akuttmottak, hvor de førte tilsyn hos 27 av de 54 akuttmottakene i Norge. Tilsynsrapport avdekket mange mangler, og 18 av mottakene fikk avvik evt. også merknader, mens 7 fikk merknader og kun 2 mottak fikk verken avvik eller merknader. *Avvik* defineres som manglende oppfyllelse av krav gitt eller i medhold av lov eller forskrift. *Merknad* er forhold som ikke er i strid med krav gitt eller i medhold av lov eller forskrift, men forhold som tilsynsmyndighetene vil påpeke som forbedringsområder i virksomheten.

Det var to sentrale områder som akuttmottakene sviktet på, det første var på administrativt nivå, mens det andre omhandlet personalet. I forhold til administrasjon ble nesten alle mottakene kritisert for manglende effektiv styring, ledelse og handlekraft. Akuttmottakets funksjoner og organisering byr på mange utfordringer som kan være forskjellige fra de øvrige somatiske avdelingene på et sykehus. Legene tilhører som regel sine egne avdelinger og ikke til akuttmottaket, og mottaket har ved mange sykehus ikke samme organisatoriske posisjon som andre somatiske avdelinger. For mange sykehus er administrerende direktør første felles organisatoriske nivå i helseforetaket. Dette til tross for at de somatiske avdelingene er i tett samarbeid med akuttmottaket, både med utveking av pasienter og personell. Ledelse, organisering og styring av akuttmottak byr på flere faglige og styringsmessige utfordringer enn vanlige avdelinger, da det er ingen som har krevd ansvar eller eierskap for akuttmottaket.

Tilsynsrapporten påpeker at mange akuttmottak har for svak styring og dette eksemplifiseres ved at aktivitetstall fra mottaket ikke blir oppsummert, sammenstilt eller brukt av ledelsen til å gjennomgå driften av mottaket. Slike tall er viktige for at planlegging og styring kan gjøres på en forsvarlig måte. Pasientstrøms-oversikt kan brukes til å bemanne riktig til ulike tider av døgnet, grunnlag for

dannelse av prosedyrer i akuttmottaket og til å evaluere om medisinsk tilsyn og undersøkelse blir utført innen forsvarlig tid. Et annet alvorlig funn var at det var dårlig system for avviksmelding internt i foretaket, og utilstrekkelig gjennomgang av avviksmeldingene. Avvikene gjelder ikke bare akuttavdelingen, men også alle andre avdelinger som gjennom klinikker har delansvar for akuttmottaket. Disse avdelingene hadde heller ikke systematisk gjennomgått sin virksomhet i tilknytning til akuttmottak. Dette eksemplet viser et av akuttmottakets store utfordringer; at avdelingen er mangehodet, med eiere, personell og brukere fra mange ulike avdelinger.

Dette illustreres med følgende sitat: “Det er ikke entydig og kjent hvem i helseforetaket som har overordnet ansvar for alle aktiviteter og ressurser tilknyttet virksomheten i akuttmottaket.”

Helsetilsynet rettet også søkelyset mot helsepersonellet som har akuttmottaket som arbeidsplass. Rutinene og kommunikasjon mellom sykepleiere og leger var mangelfulle og vanskeliggjorde arbeidet. Det manglet gode rutiner, prosedyrer og retningslinjer ved mange foretak, og i tillegg var det mangelfull kommunikasjon mellom de ulike profesjonene. Dette kom til uttrykk blant annet ved ulik oppfatning av hvilke oppgaver som skulle utføres av hvilke personell, hvilke kriterier for å tilkalle mer personell til akuttmottaket og hvem som skal tilkalles ved de ulike situasjonene.

Det er oftest turnuslegene som gjør de første legeundersøkelsene, og det er de sammen med sykepleiere som i hovedsak undersøker, utreder, diagnostiserer og prioriterer pasienten. Dette krever gode rutiner for læring og sterke rutiner for tilkalling av mer erfarent personell. Helsetilsynet fant store mangler på dette området, og fant at det kunne ta lang tid for å få assistanse med tanke på diagnostikk fra bakvakten. Dette gjaldt særlig på kirurgisk side, der det kunne ta flere timer før bakvakten kunne hjelpe med diagnose avklaring.

Det ble også stilt spørsmål ved at det ikke de siste årene ikke var blitt gjort en vurdering angående at det var turnusleger som oftest var første lege som undersøkte og deres tilgang til assistanse, og tilstedeværelse av mer erfarne leger i akuttmottaket. (1)

Riksrevisjonen

Riksrevisjonens rapport; *Akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten* fra 2005/6, innhentet informasjon fra akuttmottak, AMK-sentraler og ambulansetjenester. Rapporten påpekte kritikkverdige forhold, i likhet med Helsetilsynet, på administrativt nivå og ved helsepersonellet i akuttmottaket. I tillegg gransket rapporten tidsbruk og økonomi på den prehospitale delen av

akuttkjeden. Til tross for at dette er viktige aspekter i den akuttmedisinske kjeden har jeg valgt å utelate det fra min oppgave da den er begrenset til tiltak innenfor sykehusets vegger.

På det administrative nivået blir nesten alle mottak kritisert for manglende konkrete målsetninger eller at det er ikke foreligger krav til rapportering når det gjelder kvalitet og resultater i akuttkjeden. Det stilles lite krav til ventetid i mottakene, og noen mangler tidsmåling. Mange av mottakene manglet årsplaner og årsmeldinger, og i tillegg er det liten oppmerksomhet rettet mot å utvikle styringsparametre på akuttmottaket.

Riksrevisjonen mente at det kan være bekymringsfullt med turnuslegenes store ansvar i akuttmottaket. Pasientene som ankom mottaket risikerte å måtte vente lenge før de ble innlagt på avdeling, denne ventetiden skyldtes hovedsaklig legetilgjengelighet og sengekapasitet. Ullevål universitetssykehus registrerte gjennomsnittlig ventetid på 4 timer, mens andre kunne skilte med kun 1 time. Det påpekes også at tidsbruken i tillegg skyldtes turnuslegenes manglende erfaring, som fører til tidsbruk i avklaringsfasen av pasienter. Et annet aspekt med turnuslegene som trekkes frem er at deres arbeid kan føre til økt unødvendige innleggelser, da turnuslegene ikke har myndighet til å avvise pasienter.

Rapporten antyder at ventetiden i mottak kan være et resultat av at akuttmottakene selv ikke kan styre legeressursene sine. Særlig gjelder dette de erfarne legene fordi de oftest ikke er tilknyttet akuttavdelingen, men andre avdelinger på sykehuset. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om legekompentansen som benyttes i akuttmottakene i Norge, er tilstrekkelig for å sikre effektiv behandling av pasientene. (2)

Lokalsykehusutvalget

I tråd med regjeringens Nasjonal helseplan for 2007-2010 nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 en arbeidsgruppe som skulle tydeliggjøre lokalsykehusenes rolle i akuttfunksjoner og den samlede behandlingskjeden, samt samhandling mellom lokalsykehusene og fastlegene. Deres mandat var bl.a. *“å vurdere hvordan akuttmedisinsk kompetanse kan utvikles og vedlikeholdes i et desentralisert tjenestetilbud, herunder tiltak i utdanningssystemet, og beskrive status og pågående utviklingstrekk som gjør seg gjeldende for akuttmedisinske behov og funksjoner i tilknytning til lokalsykehusene.”*

Utvalget tok frem problemstillingen med dagens situasjon i legespesialiseringen; utviklingen de

siste tiårene innefor alle medisinske og kirurgiske fagfelt er at de blir mer og mer spesialiserte. Den tidligere generelle kirurgen som fantes på lokalsykehuset og utførte et stort mangfold av prosedyrer og inngrep, er nesten ikke tilstede mer. Utvalget mente at det derfor ikke var samsvar mellom behovet for helsetjenesten og legespesialiststrukturen, spesielt behovene ved lokalsykehusene i distriktene. Denne utviklingen av et mer spesialisert helsevesen er et internasjonalt fenomen, og gjelder ikke bare Norge. Trenden er et resultat av bl.a. økt kunnskap, mindre feilmargintoleranse, krevende prosedyrer og behandling og bringer med seg mye helsegevinst. Lokalsykehusutvalget poengterte at den økende medisinske spesialiseringen ikke sikrer ivaretagelse av den breddekompetanse som pasientene har behov for, og at dette misforholdet spesielt kommer til uttrykk ved små lokalsykehus. (3)

Foreslåtte tiltak for forbedring

Det finnes mange tiltak for effektivisering av pasientflyten i akuttmottak, men det er lite dokumenterte og rapporterte tiltak. Tiltakene kan skilles mellom organisatoriske og beslutningsstøtte for bedring av prioritering. De organisatoriske tar for seg selve pasientflyten fra innkomst til innleggelse, mens beslutningsstøtte fokuserer på sorteringsinstrumenter. Nasjonalt kunnskapssenter gikk ut med rapporten “Organisering av akutt-tjenester i sykehus” i 2004, og konkluderte med at det var begrenset dokumentasjon om nytten av ulike organisatoriske tiltak for akutt-tjenester. Det meste som finnes av litteratur på fagfeltet, er av internasjonal karakter, og rapporten stilte spørsmål ved om den var relevant for det norske helsevesenet. Litteraturen på området var i favør engelskspråklig litteratur og lite fra andre helsesystemer som kan sammenlignes med det skandinaviske. (5)

Mer erfarne leger i akuttmottaket

Helsetilsynets rapport stilte spørsmålstegn ved at det var unge turnusleger som gjorde forundersøkelser ved norske akuttmottak. Tilsynet fant også at det kunne ta timer før bakvakt hadde anledning til å bistå i diagnostiseringen. Basert på intervjuer, bemanningsplaner og annen dokumentasjon mente Helsetilsynet at det forelå økt behov for legekompentanse i akuttmottakene. (1)

Riksrevisjonen påpekte at turnuslegenes store ansvar i akuttmottakene kunne være bekymringsfullt, de sto med mye ansvar og noen ganger med lite støtte fra erfarne leger. Et annet aspekt med turnuslegene som ble trukket frem, var at deres arbeid kunne føre til flere unødvendige innleggelser.

Kortere ventetid

Ventetid ved akuttmottak blir oftest vurdert fra ankomst til pasienten er lagt inn på avdeling, eller utskrevet. Lang ventetid er uheldig fra et behandlingssynspunkt, og er i tillegg ressurskrevende ved at pasientene krever pleie og oppfølging underveis. (2)

Sykehus	Timer:minutter
Aker Universitetssykehus HF	2:35
Helse Bergen HF	2:25
Helse Stavanger HF (SIR)	2:15
Helse Sunnmøre HF, Volda	1:30
Sykehuset Asker og Bærum HF (2004)	2:35
Sykehuset Buskerud HF	2:00
Sykehuset i Vestfold HF	2:20
Sykehuset Innlandet HF, Elverum	2:15
Sykehuset Innlandet HF, Tynset	1:10
Sykehuset Innlandet HF, Hamar	2:00
Sykehuset Telemark HF	1:00
Ullevål universitetssykehus HF	4:00
St. Olavs Hospital HF	-
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN)	2:30

Tabell 2: Ventetid ved norske akuttmottak

Kilde: Riksrevisjonen (2)

Ikke overraskende fant Riksrevisjonen at ventetiden varierte meget fra mottak til mottak, Ullevål universitetssykehus registrerte gjennomsnittlig ventetid på 4 timer, mens andre kunne skilte med kun 1 time. Riksrevisjonen fant at det generelt ble stilt få krav til ventetiden ved norske mottak, flere av dem manglet også tidsmåling. I tillegg påpekte Riksrevisjonen at tidsbruken også skyldtes turnuslegenes manglende erfaring, som førte til økt tidsbruk i avklaringsfasen av pasienter. Ved ett av regionssykehusene hadde de opplevd kortere liggetid når assistentleger, og ikke turnuslegene vurderte pasientene i akuttmottaket.

Helsetilsynets rapport viste også at det kunne ta timer før pasienter fikk tilsyn av lege. Men rapporten spesifiserer ikke nøyaktig ventetid. Legetilsynet ble oftest utført av en turnuslege, og ved

behov for ytterligere bistand fra bakvakt kunne dette også ta timer. Tilsynet fant at det tok lengre tid å få bistand fra kirurgisk bakvakt enn medisinsk bakvakt.

Lokalsykehusutvalget kommenterte at på grunn av den ulike ventetiden ved de ulike mottakene, kunne det bety at pasienten ville fått raskere behandling ved ”neste” sykehus, selv om avstanden dit var lengre.

Egen spesialitet

Ett av tiltakene som ble foreslått av Lokalsykehusutvalget, var at man burde utrede for om man skulle følge den internasjonale trenden og la akuttmedisin bli en egen legespesialitet. På dette feltet finnes det en del litteratur, men nok en gang er det dominert av engelskspråklig litteratur og lite fra Skandinavia.

Det regjeringsoppnevnte “Lokalsykehusutvalget” utredet akutttilbudet i 2006-2007, og fant ut at 50-70 % av øyeblikkelig hjelp-pasienter som innlegges i lokalsykehus, kan ferdigbehandles der. Utvalget mente generelt at det er viktig å sikre riktig kompetanse i lokalsykehusene. Det er spesielt behov for at helsepersonellet innehar en bredere faglig kompetanse. Mindre sykehus har vanskelig for å opprettholde breddekompetansen i takt med økende spesialisering av både medisinerere og kirurger.

Denne typen breddekompetanse kan det være behov for også i større sykehus, der akuttfunksjonene ofte ivaretas på en fragmentert måte av leger fra mange forskjellige spesialiteter. Utvalget foreslo derfor at man burde vurdere en rekke tiltak, blant annet endringer i legenes spesialistutdanning. Mest konkret ble det foreslått å utrede innføring av en egen spesialitet i akuttmedisin, evt. som en påbygging av eksisterende spesialiteter.(4)

Pr dags dato er akuttmedisin ikke en spesialitet i Norge.

Egen avdeling

Helsetilsynsrapporten påpeker at mange akuttmottak har for svak styring. Dette eksemplifiseres ved at aktivitetstall fra mottaket ikke blir oppsummert, sammenstilt eller brukt av ledelsen til å gjennomgå driften av mottaket, slik at planlegging og styring kan gjøres på forsvarlig måte. Pasientstrømsoversikt kan brukes til å bemanne riktig til ulike tider av døgnet, grunnlag for dannelse av prosedyrer i akuttmottaket og til å evaluere om medisinsk tilsyn og undersøkelse blir utført innen forsvarlig tid.

Riksrevisjonen fant at mange av mottakene manglet årsplaner og årsmeldinger, og lite interesse rettet mot å utvikle styringsparametre på akuttmottaket.

Annet tiltak er å gjøre akuttmottak til en egen avdeling, med egen leder, økonomi, administrasjon, sykepleiere, og egne leger.

Akuttmottaket er inngangsporten til sykehuset, og der tas mange avgjørende beslutninger tas der. Pasienten blir først og fremst delt mellom de som utskrives, observeres og innlegges. Videre legges det allerede i mottaket en plan for den første tiden på sykehuset, det gjelder supplerende undersøkelser, smertehåndtering, væske- og medikamentellbehandling og evt. inngrep. Arbeidstempoet er raskt i mottaket. Med mange nye pasienter og mye helsepersonell er det en administrativ utfordring å få pasientflyten til å være så uproblematisk som mulig. Det kan i denne sammenheng diskuteres om det er optimalt at legestaben i akuttmottaket går på rotasjonsturnus mellom de ulike kirurgiske og medisinske avdelinger, i motsetning til sykepleierne som jobber fast i akuttmottaket. Professor Eldar Søreide kommenterte at akuttmottaket havnet mellom flere stoler, da det var ingen legegrupper som hadde eierskap over mottaket. (6) Et annet problem er at mottakene i Norge ofte bemannes av unge turnusleger med varierende bakgrunn og erfaringer, og de har behov for god veiledning fra mer erfarne leger. Helsetilsynet har påpekt ved mange anledninger at oppfølgingen kunne vært langt bedre. (1)

Med en organisasjonsstruktur i avdelingen med egen leder, økonomi og egne leger til akuttmottaket ville også legene få en fast tilhørighet og arbeidsplass i mottaket, på samme måte som annet helsepersonell.

Prosjektgruppe ser på saken.

I august 2007 bevilget Helsedepartementet midler til Helse Nord for å utrede om ny spesialitet innen akuttmedisin i Norge, og det ble dermed etablert en prosjektgruppe med Helse-Nord som ansvarlig. Målet med prosjektgruppen var å utrede om en ny spesialitet i Norge innen akuttmedisin var veien å gå for å sikre fremtidig breddekompetanse innen akuttmedisin ved norske lokalsykehus. Deres mandat var å kartlegge utdanningen i en slik ny spesialitet, se på utviklingen og trenden i andre vesteuropeiske land, skissere alternative retninger for å bevare breddekompetansen ved lokalsykehus og nødvendige tiltak for de løsninger som anbefales.

De ulike alternativene var å la nyvinningen være en helt egen spesialitet, grenspesialitet eller super-

spesialitet. Prosjektgruppen foreslo at ved egen spesialitet burde utdanningen bestå av 4 år ved akuttmottak og ½ år ved indremedisinsk, kirurgisk og anesthesiavdeling. Ved innføring av akuttmedisin som en grenspesialitet til en annen spesialitet mente prosjektgruppen at dette kun var aktuelt med anesthesiologi som hovedspesialitet, uten noen dypere begrunnelse. Som super-spesialitet, altså akuttmedisin som en 2-årig videre spesialisering for flere spesialiteter, nevnes generell indremedisin, generell kirurgi, allmennmedisin, pediatri, ortopedi og anesthesiologi som aktuelle spesialiteter.

Prosjektgruppen konkluderte i desember 2008 at en ny spesialitet innen akuttmedisin ikke var løsningen for utfordringene innen akuttmedisin ved lokalsykehus. Det var mange innsigelser mot en slik ordning, blant annet at det uansett var behov for kirurgisk vakt for håndtering av traumeskader, og det samme gjaldt for anesthesiologene som man i tillegg hadde behov for ved enkelte indremedisinske akuttsituasjoner.

Prosjektgruppen kom frem til at til tross for at mange andre vestlige land har introdusert akuttmedisin som egen spesialitet, så var overføringsverdien fra disse land begrenset, grunnet forskjeller i topografi, avstander og organisering av helsevesenet. Mange land hadde samme eier av primær- og spesialisthelsetjenesten, og flere pasienter møtte opp ved akuttmottak uten henvisning fra allmennlege. Det som ble anbefalt av prosjektgruppen, var en dannelse av formelt kompetanseområde innen akuttmedisin. Dette skulle heve legers kompetanse innen akuttmedisin, og bygges på tre, eller flere spesialiteter. Utviklingen av akuttmedisin som kompetanseområdet skulle i tillegg kunne fange opp pasienter som faller mellom spesialitetene. Et annet poeng som ble trukket frem, var anesthesiologenes posisjon ved akuttmedisin, det ble konkludert med at de måtte være tilstede i akuttmedisin, og at det ville bli vanskelig å rekruttere anestesileger til sykehus uten kirurger på vakt på døgnbasis.

Andre tiltak som ikke tas opp.

Andre tiltak som bedre opplæring av personell, bedre kommunikasjon interpersonelt, telemedisin og liknende tiltak jobber en del mottak aktivt med. (21) Jeg har valgt å ikke fokusere på disse tiltakene da jeg følte at bedre opplæring og kommunikasjon var generelle tiltak for enhver bedrift og har udiskutabel hensiktsmessig effekt. Telemedisin er et spennende tiltak i fremmarsj, men som jeg ble oppmerksom på et for sent stadiet i min oppgaveskriving til å utrede om.

Diskusjon

Jeg ønsker å reflektere kort over akuttmedisin som egen spesialitet, og tiltakene som er foreslått i oppgaven innen akuttmottak i Norge. Tiltakene er blitt foreslått etter tungtveiende rapporter, og jeg føler at de fortjener omtale.

Akuttmedisin

Tiltaket med egen spesialitet innen akuttmedisin er en internasjonal trend, og vanskelig å komme utenom når man snakker om morgendagens akuttmottak i Norge. I noen land har spesialiteten eksistert i tiår, mens i de aller fleste er det en forholdsvis ny spesialitet, Sverige i 2006, Tyskland i 2005 og Nederland 2009. Opprettelsen av nye spesialiteter og gren-spesialiteter er også den generelle trenden i legevirksomheten de senere år. Man har ortopeder som kun opererer menisker, ØNH-leger som spesialiserer seg til laryngologer, og psykiatere som fordyper seg i traumatiserte spedbarn, og listen fortsetter. I et slikt øyemed er det litt rart at Norge foreløpig ikke har fulgt etter på dette feltet, med klare fordeler som ved de fleste andre nye spesialiteter og subspesialiteter.

Prosjektgruppen fra Helse Nord mente at Norge var et unikt land, og at man ikke kunne direkte overføre erfaringer og konklusjoner fra utlandet pga av våre ”avstander, topografi og organisering av helsevesenet.” Prosjektgruppen konkluderte med at egen spesialitet ikke ville være veien å gå for å sikre breddekompetansen ved lokalsykehus i Norge. Denne konklusjonen har mange sannheter, Norge, som er et langstrakt land, med mange små sykehus og få pasienter i kvantitet, har utfordringer som er særegne. Mine tanker er at det hadde vært interessant å utrede om det ville være en fordel med egne akuttmedisinere i større sykehus. Det er stor forskjell på akuttmottakene ved Hammerfest sykehus og Oslo Universitetssykehus. Behovet og pasientgrunnlaget for subspesialiteter ved lokalsykehus er ofte sparsomt, men ved sentralsykehus og universitetssykehus er det markant større. Kanskje er det mulig å gjøre det forskjellige i by og bygd, med akuttmedisinere ved større sykehus, mens lokalsykehusene bruker nåværende system.

Akuttmedisin som egen spesialitet er også et følsomt tema, fordi det tar pasienter og domene fra mange spesialiteter, medisin, kirurgi og anestesi som de største. Dette er store og sterke profesjonsgrupper som har mye de skulle ha sagt ved en eventuell opprettelse av ny spesialitet. I prosjektgruppen som ikke ønsket ny spesialitet, var de 3 anestesiloger, og gruppen kom frem til at en evt. spesialitet innen akuttmedisin måtte bygge på anestesi som grunnspesialitet. Erfaringene fra

andre land er at motstanden mot en ny spesialitet er størst i forkant av opprettelsen av spesialiteten. (10)

En måte å få andre spesialiteter med på dannelsen av ny spesialitet er å la det bli en subspesialitet innen deres fagprofesjon, og dermed ikke ta over deres pasienter. I noen land, som Belgia, Japan, Israel og Jordan har man valgt super-spesialitet-modellen; der man videreutdanner allerede spesialister som f. eks anestesiloger og allmennleger. Dette har gitt landene rask utvikling på akuttmedisinområdet, med rask oppbygging av et fagmiljø med akuttmedisinere. Ulemper med slik oppbygging av akuttmedisinere kan være at disse akuttlegene senere forsker og utvikler sin ”opprinnelige” spesialitet og på den måten ikke er med på å utvikle akuttmedisin som er viktig i den første fasen av en ny spesialitet. Andre ulemper er at det ikke bygges et forent fagmiljø på lik måte det gjøres når det utdannes rene akuttmedisinere, og problematikken rundt hvilke spesialiteter som skal få ha akuttmedisin som sitt domene. (22)

Både Helsetilsynet og Riksrevisjonen konkluderer med at det er mange uerfarne leger i akuttmottaket og at det bør vurderes om dette er hensiktsmessig og forsvarlig. Turnuslegenes manglende erfaring og manglende støtte fra bakvakt ble trukket frem av begge rapportene som store mangler ved akuttmottak. Men ingen av rapportene diskuterer hvilken viktig posisjon akuttmottak har som læringsmiljø for unge leger. I akuttmottaket får turnusleger egne pasienter som de må prioritere, undersøke, utrede, diagnostisere og noen ganger til og med behandle. Det er klart at turnuslegene har behov for veiledning og god støtte i sitt arbeid i akuttmottaket, det er nødvendig for at behandlingen skal være forsvarlig. Men et tiltak som gjør at det kun blir de erfarne legene som jobber i akuttmottaket, er uheldig med tanke på den neste generasjonen av leger. Dette er et viktig aspekt som definitivt bør tas med i vurderingen, når man kritiserer akuttmottakene for å ha uerfarne leger i akuttmottaket.

Ønsker ikke å jobbe i mottak

Gjennom samtaler med en del leger har jeg fått det inntrykket at mange leger ikke ønsker å jobbe fast i akuttmottaket. Arbeidet i mottak blir ansett som hektisk, lange vakter, og stort pasientgrunnlag som ikke er faglig interessant eller utfordrende nok. Mye er turnuslegenes domene og krever ikke faglig kompetanse av assistentlege eller overlege. Det er også en frykt for at jobben er en stor belastning med høyt stressnivå og tidspress, noe som er blitt trukket frem av noen leger. Selv om tall fra statene viser at akuttmedisinere som kun jobber i akuttmottaket, ikke er mer utbredte enn

andre leger, og ikke har høyere frafall fra sin spesialitet som andre spesialiteter. (18)

Nok en gang ønsker jeg å trekke frem forskjellen på lokalsykehus og sentralsykehus. Det stemmer nok at en akuttlege har lite å gjøre i et akuttmottak ved et lite lokalsykehus, der de mest kritiske og interessante pasientene bare blir sendt videre med ambulanse til nærmeste sentral- eller universitetssykehus. Men ved disse større sykehusene er det sikkert nok utfordringer til å friste mange unge leger som ikke ennå har valgt sitt fagfelt. Min inntrykk er at legestudenter anser akuttmedisin som et spennende fagfelt. Dagens populærkultur hyller akuttleger med sine mange TV-serier, og fokus på å redde liv i feltet og i akuttsituasjoner. Dette er definitivt er glorifisert bilde av akuttlegenes hverdag, men populærkulturen har definitivt vært med på å gjøre fagfeltet mer anerkjent og populært.

“Akuttmottak havner mellom flere stoler”

Dette sitatet fra prof. Eldar Søreide kommenterer det rapportene også har vist; at uoversiktlig eierskap av akuttmottak i Norge, skaper problemer. (6)

Mange mottak fikk kritikk av Helsetilsynet for dårlig forhold ved ledelsen av akuttmottakene. Kritikken gjaldt rapporteringer, oppfølging av aktivitetstall, økonomi og personalet. Svak ledelse kan man endre med ny ledelse, eller ved å styrke eksisterende lederskap. Ledelse, rammevilkår, budsjett og regnskap er ikke fagprofesjonene innenfor helsevesenet sitt sterke kort, og her må man selekttere ledere med omhu. Leger, som fungerer som faglig leder og ofte også avdelingsledere ved de fleste avdelinger innen et sykehus, har tilstedeværelse i akuttmottaket kun som en diversjon fra sin vanlige arbeidshverdag på sin egen avdeling. Det at legene tilhører andre avdelinger, betyr at mange avdelinger er involvert i tjenesteytingen i akuttmottaket; dette krever samhandling på tvers av avdelinger både på ulike ledelsesnivåer og på funksjonelt nivå. (1)

Nye Ahus har gjort noe med denne situasjonen og gitt akuttmottaket sine egne leger, og med dette følger både fordeler og ulemper. Fordeler med egne leger er i første omgang at man får mer kompetente arbeidstakere i mottaket, dette vil være av helsegevinst. Det at legene er tilhører akuttmottaket som sykepleierne gjør at avdelingen blir mer tydelig, og kommunikasjonen og rutinene forbedres ved kontinuerlig og erfaren arbeidskraft.

Det er viktig å her presisere at turnuslegene fremdeles er i front, og de har mye av sin hverdag i akuttmottaket på Nye Ahus.

En annen fordel er at man også reduserer evt. interessekonflikter i forhold til at leger som jobber i akuttmottaket samtidig slipper å bli styrt fra andre avdelinger.

Egne avdelinger med egne leger kan av naturlige årsaker ikke implementeres ved alle sykehus i Norge. Landet har mange små sykehus, der dette hadde tatt for mye ressurser, både økonomiske og personelle. Denne problemstillingen føler jeg er tilsvarende den med egen spesialitet for akuttmedisin. Mine tanker er at det må være mulig å iverksette tiltak i helsevesenet som ikke er nasjonale føringer eller endringer, men som gjelder de større sykehusene våre. Norske helsevesenet yter helse til en populasjon som er tilsvarende det som i noen land sogner til ett sykehus. Selv et land som Sverige som vi ofte sammenligner oss med, har betydelige forskjeller innen akuttmottak. Vi har nesten like mange somatiske akuttmottak i Norge som i Sverige, til tross for at Sverige har en dobbel så stor populasjon. Dette byr på utfordringer, og det må gjøres ulikt i distriktene og i sentrale strøk.

Tidskrav til akuttmottakene

Dagens lovgivning setter ikke en maksimal tid for behandling av pasienter, hverken i utredningsfasen, eller total liggedøgn. Det har også kommet frem at ledelsen ved en del sykehus ikke bruker aktivitetstall for å regulere akuttmottakene. Helsetilsynet rapporterte at det kunne ta opptil 5 timer før legetilsyn, særlig blant de eldre pasientene var ventetiden lang. Det ble også understreket at ventetiden ikke alene er en absolutt grense for hva som kan kalles “forsvarlig” pasientbehandling, men behandlingen underveis i form av observasjon og oppfølging under ventetiden som det vesentligste. (1) Man kan undre seg om det har noe for seg å sette en maksgrense på ventetid. I Storbritannia har det blitt innført en 4-timers regel der helseforetaket pålegges å vurdere og avgjøre videre tiltak (innleggelse, øyeblikkelig behandling eller utskrivelse) for 98 % av pasientene i løpet av 4 timer. Tiltaket er gjennomført, men noen har stilt spørsmål om hvorvidt dette kan føre til et usunt fokus på offisiell tidtaking. I Nottingham finnes et av Europas største akuttmottak, som tar imot 160.000 pasienter i akuttmottaket hvert år. (23) Der ble det høsten 2009 avslørt at det var blitt jukset med notering av tid til flere hundre pasienter slik at man oppnådde 4 timers-regelen. (24) Et annet problem var tilfeller der pasienter ble skjøvet videre inn i sykehussystemet før utredning eller stabilisering i mottaket var fullført. Dette er uforsvarlige hendelser som må endres, men jeg synes at tanken om at det er tidskrav, et tydelig mål som man skal jobbe mot er et gode. Da vil man få flere i behandlingskjeden til å yte mer effektivt, og

fagprofesjoner jobbe mer samlet mot et felles mål.

Det er viktig å merke seg at noe av ventetiden i akuttmottaket kan skyldes flaskehalser andre steder i sykehuset, som plassmangel på avdelinger, køtid for supplerende undersøkelser som radiologi og labprøver.

Den Anglo-Amerikanske modellen vinner grunn

De siste årene har trenden vært å danne egen akuttmedisin-spesialitet, og mange land har formelt analysert de to systemene, AAS og FGS, som modell for sin egen akuttmedisin. Mange av disse landene har endt opp med å adaptere den anglo-amerikanske-modellen, disse landene er blant annet Sverige, Nederland, Polen, Sør-Korea, Kina, Singapore, Hong-Kong og India. (20)

Det bør i denne sammenheng at benevnelsene “anglo-amerikansk” og “franco-germansk” er en meget forenkling av ulike lands organisering av akuttmedisin, men den gjengir viktige hovedmomenter. (22)

I Norge er det blitt diskutert om man bør innføre akuttmedisin som egen spesialitet for legene, og sammenslåing av akuttmottak er et diskutert tema i helse-politikken. Samtidig er det et langstrakt land, med en meget spredt bosetting. Det ikke uvanlig for leger å oppsøke pasienter i hjemmet. Vi utstyrrer leger med legebåter for å kunne nå ut til sine pasienter ved behov. Det er dermed vanskelig å si om Norge tilhører den anglo-amerikanske eller den franco-germanske modellen innen akuttmedisin.

Norge ser mye etter de modellene som finnes i Storbritannia og Sverige, og sånn sett vil man kunne si at Norge heller mot å følge det anglo-amerikanske systemet, mer enn det franco-germanske systemet

Konklusjon

Organisering av akuttmottak er ikke et stort, men et viktig tema i Helse-Norge. Det er akuttmottaket som setter rammebetingelsene for pasientforløpet ved mange norske sykehus. I mottaket får pasientene påsatt sin ”merkelapp”, innleggelsesårsaken, som følger dem gjennom sykehusoppholdet. De blir sortert ut i fra tentativ diagnose og henvist til passende avdeling. Videre utredning og behandling følger ofte løpet som er satt fra personalet i mottaket. Slik blir det arbeidet som gjøres i akuttmottaket avgjørende for i hvilken grad pasienter havner på korrekt sengepost og raskest mulig får nødvendig behandling.

Akuttmottaket er som regel felles for både kirurgisk og medisinsk avdeling, samt for barneavdelingen og andre mindre sengeposter. Et unntak er psykiatrien, som gjerne har et eget akuttpsykiatrisk mottak.

Akuttmottakene i Norge er organisert ulikt, på bakgrunn av sykehusets størrelse, aktivitet og behov. Mange av dem er så ulike i sin funksjon at det er vanskelig med nasjonale føringer som dekker alles behov. Noen mottak er små, men essensielle for fylket og populasjonen. Mens andre mottak er store, men så nær andre større mottak at sammenslåing bør vurderes. Her må det legges til rette for de enkelte mottakene, og ikke fellesordninger som gjelder alle akuttmottak.

I mitt litteraturstudium har jeg forsøkt å gå igjennom litteraturen som omhandler organisering av akuttmottak i Norge. Min undersøkelse viste at det foreligger lite forskning på dette området. Det har ikke vært mulig å finne gode forskningsartikler om helseadministrative tiltak innenfor akuttmottak. Slik blir det vanskelig å trekke noen vitenskapelige konklusjoner på hvordan det er mest hensiktsmessig at et akuttmottak er organisert på et norsk sykehus.

I min søken etter forskningsartikler kom jeg over flere rapporter som omhandler forhold ved og forslag til forbedring av norske akuttmottak. Flere påpeker at det foreligger kritikkverdige forhold der tiltak er nødvendig. Rapportene var skrevet av tilsynsmyndigheter, utvalg og prosjektgrupper i det norske helsevesenet. Flere av rapportene inneholder forslag til tiltak, men det er ikke lett å finne vitenskapelige begrunnelser for at akkurat disse tiltakene har blitt foreslått. Det er et min mening at det er behov for forskning og søkelys på dette feltet.

Det er den senere tid blitt foreslått mange potensielt gode helseadministrative tiltak for å forbedre norske akuttmottak. Noen er allerede satt ut i live, mens andre muligens aldri vil bli forsøkt. Det vil være essensielt at de tiltakene som blir forsøkt, blir fulgt opp og vurdert kritisk. Uten slik oppfølging er det umulig å bedømme hvorvidt tiltakene har hatt noen effekt.

Et av de foreslåtte tiltakene jeg har sett nærmere på, var forslaget om å innføre ”akuttmedisin” som en egen spesialitet. Dette er en internasjonal trend som har slått an i flere land det for Norge er naturlig å sammenlikne seg med. Slik er det interessant at prosjektgruppen fra Helse Nord mente at akuttmedisin som en egen spesialitet ikke var å anbefale i Norge. Gruppen hadde mange gode argumenter for at Norge ikke burde kaste seg på den internasjonale trenden. Det er forståelig at det kan bli vanskelig å ha en overlege i akuttmedisin på et lite akuttmottak som ikke har døgnåpne avdelinger. Men personlig savner jeg en diskusjon om hvorvidt akuttmedisinere har plass ved de større sykehusene i Norge, et emne jeg synes ikke har blitt tatt opp skikkelig.

På den internasjonale arenaen er det blitt populært å grovinndelegge en nasjons akuttmedisin i enten den anglo-amerikanske eller den franco-germanske modellen. Den anglo-amerikanske modellen fokuserer på den spesialiserte akuttmedisineren som møter pasienten i et sentralisert akuttmottak, mens den franco-germanske modellen lar legene rykke ut til pasienten. I de siste årene har den anglo-amerikanske modellen vunnet stadig mer terreng, og mange land velger nå denne som inspirasjon når de skal organisere sine akuttmedisinske funksjoner. Etter å ha gjennomgått litteraturen er det ikke for meg opplagt hvilken modell som ville passet best for Norge. For øyeblikket foreligger det ikke tilstrekkelig vitenskapelig grunnlag for å velge det ene fremfor det andre. Dessuten skal man merke seg at vi er et land med særskilte behov og spredt bosetning. Det kan derfor være nødvendig med egne løsninger.

Referanseliste

- 1: Helsetilsynet: Mens vi venter...Forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? 2008
- 2: Riksrevisjonen: Akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten. 2005-2006.
- 3: Lokalsykehusutvalget:Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingskjede. 2007
- 4: Helse Nord: Utredning av en eventuell ny spesialitet i akuttmedisin- et interregionalt prosjekt. 2008
- 5: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Organisering av akutt-tjenester i sykehus. 2004
- 6: www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=161537
- 7: NOU 1998:9
- 8: Rapp MT, Podgorny G: Reflections on becoming a specialty and its impact on global emergency medical care: our challenge for the future. Emerg Med Clin N Am 2005, 23: 259-269
- 9: Eisenberg EM, Baglia J, Pynes JE: Transforming emergency medicine through narrative: qualitative action research at a community hospital. Health communication 2006, 19(3): 197-208
- 10: Williamson C, Axelson J: Akutmedisinen i USA- en bra fungerende spesialitet. Läkartidningen 2002, 46: 4658-4660
- 11: Exadaktylos AK, Velmahos GC: Emergency medicine and acute care surgery: a modern "Hansel and Grethel" fairytale? Emerg Med J, 2008, 25: 321-322
- 12: <http://news.ucsf.edu/releases/ucsf-launches-academic-department-of-emergency-medicine/>
- 13: Halpern P, Waisman Y, Steiner IP: Development of the specialty of emergency medicine in Israel: comparison with the UK and US models. Emerg Med J, 2004, 21: 533-536
- 14: Lloyd G, O'Sullivan I, Rawlinson N, Mann C, Harris A: How to get on a SpR rotation in emergency medicine (and make the most of it). Emerg Med J, 2003, 23: 238-241
- 15: College of Emergency Medicine: "Emergency Care 2015- Building on the Evidence", feb 2008
- 16: L. Mayhew & D. Smith: Using queuing theory to analyze the government's 4-H completion time target in accident and emergency departments, Health Care Manage Sci, 2008, 11: 11-21
- 17: Säfwenbergs U: Akutläkare är på frammarsch i Sverige. Läkartidningen 2008, 4: 205-206
- 18: Fred Å, Örtén P, Widgren B: Amerikanska akutmottagningen – myter och fakta. Läkartidningen, 2001, 34: 3564-3566
- 19: Holmes John L: Emergency medicine in the Netherlands. Emerg Med Australasia, 2010, 22: 75-
- 20: Dick WF: Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. Prehospital and disaster medicine, 2003, vol:18: 29-37
- 21: Helse Førde: Forbetringsprosjekt: Organisering av mottak for pasientar med akutt behov for

hjelp ved Førde Sentralsjukehus, jan 2009 – jan 2010

22: Arnold JL, Holliman CJ: Lessons learned from international emergency medicine development.
Emerg Med Clin AM 2005, 23: 133-147

23: www.nuh.nhs.uk/ed

24: Nottingham Post, QMC wait time records changed, 14.10.2009